

附件 1

项目编号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

濮阳市继续医学教育项目 申 报 表

项目名称 _____

学科代码
(二、三级学科) _____

申报单位 (盖章) _____

申报日期 _____

濮阳市继续医学教育委员会办公室 制

填 表 说 明

一、申报表所列内容必须实事求是，逐项认真填写，不要漏填，表达要简单、明确。

二、申报表填写内容须打印。

三、申报表需按规定程序要求，经各县（区）继续医学教育委员会、市直单位签署意见并盖章后，如期上报濮阳市继续医学教育委员会，过期不予受理。

四、若表内填写不完，可用同样大小的纸续写。

五、申报表填写具体要求如下：

1.在学科(代码)请按照所附“河南省继续医学教育项目学科分类与代码”填写。

2.项目内容一栏要求写出讲授题目。

3.教学对象须符合该学科继续医学教育对象的要求。

4.报送的打印申报材料授课教师签字栏需由授课教师签字。

5.项目举办方式有：学术讲座、学术会议、专题讨论会、研讨班、学习班等。

6.教学时数为实际授课时数，不包括开班典礼及与教学无关的时间。

7.学分计算方法：市级继续医学教育项目每 6 小时授予 1 学分，每次最多 3 学分。

河南省继续医学教育项目学科分类与代码

代码	学科名称	代码	学科名称
01-	基础形态	05-	妇产科学
01-01-	组织胚胎学	05-01-	妇科学
01-02-	解剖学	05-02-	产科学
01-03-	遗传学	05-03-	妇产科学其他学科
01-04-	病理学	06-	儿科学
01-05-	寄生虫学	06-01-	儿科内科学
01-06-	微生物学	06-02-	儿科外科学
02-	基础机能	06-03-	新生儿科学
02-01-	生理学	06-04-	儿科学其他学科
02-02-	生物化学	07-	眼、耳鼻咽喉科学
02-03-	生物物理学	07-01-	耳鼻咽喉科学
02-04-	药理学	07-02-	眼科学
02-05-	细胞生物学	08-	口腔医学
02-06-	病生理学	08-01-	口腔内科学
02-07-	免疫学	08-02-	口腔外科学
02-08-	基础医学其他学科	08-03-	口腔正畸学
03-	临床内科学	08-04-	口腔修复学
03-01-	心血管病学	08-05-	口腔学其他学科
03-02-	呼吸病学	09-	影像医学
03-03-	消化病学	09-01-	放射诊断学
03-04-	血液病学	09-02-	超声诊断学
03-05-	肾脏病学	09-03-	放射肿瘤学
03-06-	内分泌学	09-04-	影像医学其他学科
03-07-	神经内科学	10-	急诊学
03-08-	传染病学	11-	医学检验
03-09-	精神卫生学	12-	公共卫生与预防医学
03-10-	老年医学	12-01-	劳动卫生与环境卫生学
03-11-	内科学其他学科	12-02-	营养与食品卫生学
04-	临床外科学	12-03-	儿少卫生与妇幼卫生学
04-01-	普通外科学	12-04-	卫生毒理学
04-02-	心胸外科学	12-05-	统计流行病学
04-03-	烧伤外科学	12-06-	卫生检验学
04-04-	神经外科学	12-07-	公共卫生与预防医学其他学科
04-05-	泌尿外科学	13-	药学
04-06-	显微外科学	13-01-	临床药学和临床药理学
04-07-	骨外科学	13-02-	药剂学
04-08-	肿瘤外科学	13-03-	药物分析学
04-09-	颅脑外科学	13-04-	药事管理学
04-10-	整形、器官移植外科学	13-05-	药学其他学科
04-11-	外科学其他学科	14-	护理学

- 14-01- 内科护理学
- 14-02- 外科护理学
- 14-03- 妇产科护理学
- 14-04- 儿科护理学
- 14-05- 护理其他学科
- 15- 医学教育与卫生管理**
- 15-01- 医学教育
- 15-02- 卫生管理
- 16- 康复医学**
- 17- 全科医学**
- 18- 麻醉学**
- 19- 重症医学**
- 20- 皮肤病学与性病学**
- 21- 核医学**
- 22- 医院感染（管理）学**
- 23- 心理学**
- 23-01- 医学心理学
- 23-02- 临床与咨询心理学
- 23-03- 心理学其他学科
- 24- 卫生法规与医学伦理学**
- 24-01- 医学人文与医德医风
- 24-02- 医患沟通
- 24-03- 科研伦理
- 24-04- 卫生法规

项目负责人				项目负责人单位			
项目负责人通讯地址							
邮政编码				项目负责人联系电话			
主 要 教 师	姓名	专业技术 职务	所在单位	讲授题目	学时	授课老 师签字	
举办方式							
举办开始日期		年 月 日		举办结束日期		年 月 日	
举办期限(天)				考核方式			
教学对象				拟招生人数			

<p>教学总 学时数</p>		<p>讲授理论时数</p>	
		<p>实验（技术示范）时数</p>	
<p>举办地点</p>		<p>拟授学员学分</p>	
<p>联系人</p>		<p>联系电话</p>	
<p>项目 主要 内容 水平 在省 内外的地位</p>			

主办单位 近几年与项目有关的工作概况	

<p>县（区）继续医学教育 委员会或单位意见</p>	<p style="text-align: right;">盖章 年 月 日</p>
<p>市继续医学教育委员 会审批意见</p>	<p style="text-align: right;">盖章 年 月 日</p>
<p>备 注</p>	

